

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADOLESCENTES  
POST OPERADAS POR CESÁREA DEL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
MATERNO INFANTIL "EL CARMEN" HUANCAYO 2015-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**MARÍA JUANA BENILDA LAURENTE DÁVILA**

**CALLAO - 2016  
PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- |   |            |
|---|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO             | PRESIDENTA |
| ➤ MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA         | VOCAL      |

**ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI**

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 334

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 12/12//2016

Resolución Decanato N° 1841-2016-D/FCS de fecha 09 de Diciembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	24
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>27</b>
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.3 PROCESOS REALIZADOS	33
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>45</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>52</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>53</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>56</b>

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transformación, es un periodo de vida en el cual la mujer pasa por un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales.

Se descubrió que en el embarazo un adolescente reacciona a la crisis según su patrón característico empezando por un periodo de choque y negación, luego aparece la confusión junto con una preocupación absoluta respecto al problema. La medida que se aceptando la realidad se considera la solución y la adaptación a la nueva experiencia de ser madre. Las crisis suelen presentarse en un plazo de seis a ocho semanas. Frecuentemente las enfermeras tienen la oportunidad de ayudar a las adolescentes en crisis mediante orientación y apoyo emocional.

Las adolescentes embarazadas y posteriormente cesareadas, logran una experiencia nueva y trascendental y va a marcar su vida el pasó de niña a mujer con responsabilidad de cuidar a su hijo adecuadamente.

La causa principal para realizar una cesárea en adolescentes es el de sufrimiento fetal agudo, que pone en riesgo la vida del niño y de la madre por lo cual se considera una urgencia quirúrgica.

El presente informe de Cuidados de Enfermería en Pacientes Adolescentes Post Operadas por Cesárea en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" 2016 Huancayo, tiene la finalidad de describir los cuidados que deben recibir en el pre y post operatorio y así prevenir las complicaciones post quirúrgicas brindando una atención con calidad y calidez y además es necesario enfatizar en el aspecto educativo, el mismo que favorecerá el incremento de nivel de información y así disminuir el estrés y alteraciones causadas por la intervención quirúrgica y la anestesia.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV los resultados obtenidos, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII las Referenciales y por último contiene un apartado de anexos

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

En la mujer el embarazo es un evento trascendental en la vida que puede ser vivido de diferentes maneras según las características orgánicas, psicológicas y sociales. La adolescencia, según la OMS, se define como “el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica de su grupo de origen, fijando sus límites entre los 10 y 20 años”(1).

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, no solo relacionado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre – niño. Como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales, dependiendo de la edad de la adolescente, puede haber complicaciones durante y después del embarazo, las cuales podrían estar relacionadas con el conocimiento alcanzado. La asistencia de enfermería a las pacientes que van ser sometidos a una intervención quirúrgica exige conocer la fase peri operatoria de la asistencia quirúrgica. Este conocimiento se aplica dentro del sistema del proceso de enfermería con el fin de facilitar un paso fácil y seguro por todo el periodo peri operatoria. El hecho de una intervención quirúrgica representa para la paciente una agresión física, con su consecuente dolor, y el desconocimiento de la causa y el significado que ese dolor le crea angustia y desasosiego 3, por lo tanto es necesario no sólo proporcionar cuidados físicos postoperatorios, sino que además es necesario enfatizar en el aspecto educativo, el mismo que favorecerá el incremento del nivel de información y ayudará a disminuir el estrés y alteraciones causadas por la intervención quirúrgica y la anestesia. Asimismo esta educación debe ser por

anticipado para que pueda tener mayor efecto positivo en el auto cuidado posterior .

El periodo postoperatorio comienza cuando acaba la intervención quirúrgica, y el paciente ingresa a la unidad de recuperación. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de la alteración causada por la cirugía y la anestesia, pudiendo ser de sólo unas pocas horas o abarcar más tiempo. El periodo abarca las seis horas siguientes al acto operatorio, se conoce como postoperatorio inmediato y bien puede prolongarse a veces hasta 48 horas. En esta etapa el paciente debe recibir cuidados que eviten desequilibrios y descompensaciones a que predisponen los riesgos de la cirugía realizada así como también educación por parte del personal de la salud para lograr un nivel de conocimiento óptimo que le permita participar en forma efectiva y contribuir a su pronta recuperación postoperatoria evitando complicaciones que pongan en peligro la salud de la madre postcesareada (2).

La incidencia de embarazo en adolescentes a nivel nacional es de 12.7% y en el HRDMIEC es de 13.9% (4).

En el HRDMIEC en el servicio de Sala de Operaciones se ha observado que la mayoría de las pacientes, sobre todo adolescentes, preguntan acerca de la intervención a la que fueron sometidas, el tiempo de recuperación, refieren: "cuánto le va a durar la anestesia", "cuánto le va a durar el dolor", "cuánto demorará en cerrar su herida", algunas piden "agua para tomar", otros "hablan inmediatamente después de la operación" y presentan distensión abdominal por consiguiente mayor dolor de la herida afectando de esta manera su recuperación. Es por esto la importancia fundamental de identificar si la enfermera está realizando la educación necesaria para mejorar los conocimientos acerca de los

cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cascareadas por primera vez.

Es así que surgen las siguientes interrogantes ¿Qué cuidados se debe tener en cuenta para prevenir complicaciones en pacientes adolescentes post operadas por cesárea? ¿Se está brindando la adecuada atención a las pacientes adolescentes post operadas por cesárea?

## **1.2 Objetivo**

“Describir los cuidados de enfermería en pacientes adolescentes post operadas por cesárea en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2016”.

## **1.3 Justificación**

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad dar a conocer y explicar los cuidados de enfermería en pacientes adolescentes post operadas por cesárea en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2016 Huancayo. De esta manera vamos a reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad, la calidez y sensibilidad social, buscando siempre el beneficio de los pacientes.

**Nivel Teórico:** El presente estudio servirá para incrementar el marco de conocimientos referente a cuidados de enfermería en pacientes adolescentes post operadas por cesárea y en la prevención de las complicaciones. El informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.



**Relevancia Social:** se beneficiará a las enfermeras que atienden a las pacientes adolescentes post cesareadas con cuidados especiales referentes al tema; ya que los resultados que se obtengan serán fundamentales para desempeñar con éxito la labor en el servicio de ginecología y brindar un trato humanizado a este tipo de pacientes.

**Vista Práctica:** permitirá aumentar los conocimientos a las enfermeras, al familiar o cuidador sobre los cuidados a un paciente adolescentes post cesareadas adecuadamente.

**Nivel económico:** disminuir los costos sanitarios en los pacientes adolescentes cesareadas mediante la prevención de infecciones y complicaciones post operatorios; ya que el paciente aumenta su estancia hospitalaria, de esta manera se incrementan los gastos afectando económicamente tanto al estado como a la familia.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Calderón León María Fernanda Octubre 2010 Infección puerperal poscesárea vs posparto. Estudio realizado en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", período junio a octubre de 2010. Se realizó un estudio de casos y controles, en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", con una muestra de 30 pacientes puérperas, en un período de 5 meses comprendidos entre junio a octubre del 2010, donde se compara la existencia o no de infección puerperal en las mujeres que se sometieron a parto vaginal y en las que se realizaron cesárea, considerando factores de riesgo que estuvieron presentes antes y/o después del parto; la recolección de datos fue mediante revisión de historias clínicas obtenidas de las salas: Martínez De Icaza y Unidad de Cuidados Intensivos.

De una muestra de 30 pacientes, 25 fueron cesareadas representando un 83.3%, las que desarrollaron algún tipo de infección puerperal; mientras que los 5 casos restantes, con parto vaginal, 17%; desarrollaron algún tipo de infección. El presente estudio tiene significancia estadística  $P < 0.05$ , con un intervalo de confianza del 95%, error estándar 0.11, O.R. 3.34 y prueba Chi cuadrado = 1.17.

En el período de junio a octubre de 2010, según los datos otorgados por el departamento de estadística del mencionado hospital se atendieron 4.989 partos por cesáreas y 3.338 partos normales, de los cuales: 25 casos correspondientes a cesárea desarrollaron algún tipo de infección puerperal y 5 casos correspondientes a parto vaginal desarrollaron también infección. Estos datos permiten interpretar una tasa de infección mínima correspondiente al 0.5% en pacientes cesareadas y del 0.15% en pacientes sometidas a parto vaginal.

De acuerdo a los datos que se obtuvieron de las pacientes estudiadas, se pudo interpretar los resultados, aceptando la hipótesis alternativa, la cual

establece que los procesos infecciosos puerperales son más comunes en pacientes sometidas a cesárea.

La infección puerperal, desde hace más de 200 años y aún hoy después de la era antibiótica, sigue siendo un suceso importante causante de mortalidad materna.

En nuestros días la infección originada a partir del aparato genital de la puérpera, representa una de las entidades más temidas a la cual tiene que enfrentarse el gineco-obstetra, a pesar del amplio arsenal de antibióticos disponibles para su tratamiento.(5)

“Rodríguez Rivero Plácido D.”. San Felipe, estado Yaracuy. Incidencia de absceso de pared en pacientes pos cesárea, Hospital Central Enero – Marzo 2002, Incidencia de absceso de pared en pacientes pos cesárea, Hospital Central, el cual se realizó a través de un estudio descriptivo transversal, donde revisaron historias clínicas ingresadas con diagnóstico de puerperio quirúrgico complicado con absceso de pared, el cual obtuvo que, de 430 pacientes estudiadas, se evidenció que 16 se complicaron con absceso de pared. El grupo etario dominante con 88,88% corresponde a los 16-25 años. El diagnóstico se realizó en un 68,75% de los casos entre los 5 a 10 días de puerperio, en un 100% el motivo de consulta fue aumento de volumen, dolor y cambios de coloración en el área de la herida operatoria. Se encontró anemia asociada al diagnóstico en un 77,77% de los casos. En conclusión el absceso de pared es una complicación presente en el 3,75% de las pacientes postcesareadas de nuestra institución, presente con mayor frecuencia en el grupo etario de 16 a 25 años, en el puerperio de 5 a 10 días y con anemia como patología asociada. (6)

Romero Martínez Rosa Beatriz, Mata Guijarro Mónica Mirella, realizaron una investigación en Julio del 2010. Ecuador. Cuidados de Enfermería Pre y Post Quirúrgico a Neonatos con Gastrosquisis, en la unidad de

cuidados intensivos Neonatales, Hospital Pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" de Guayaquil, Julio del 2009 A Junio del 2010. Universidad Estatal de Milagro Unidad Académica Ciencia de la Salud Carrera de Enfermería; conclusiones: Después de haber concluido el presente trabajo investigativo podemos decir que como resultados del análisis e interpretaciones de la información, nos ha dado las pautas para las siguientes conclusiones. En la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde, el 50% del personal de enfermería son adultas jóvenes entre las edades de 28 a 32 años, con el 35% del personal con nombramiento laborando de 5 a 7 años en la institución. Existe un equitativo porcentaje de este personal que labora en los diferentes turnos de trabajo, laborando en esta área el 45% de 4 a 6 años. La principal malformación congénita que ingresa a la UCIN es la gastrosquisis siendo esta muy frecuente. El 35% del personal de enfermería profesional conoce que la gastrosquisis es un defecto de pared. Las licenciadas refieren que la causa principal son los embarazos en mujeres adolescentes, obteniendo en mayor frecuencia un producto masculino por parto vaginal. El 40% de los neonatos con esta patología son pre términos, con peso menor a 2,5kg, mientras que el personal auxiliar de enfermería desconoce acerca de esta patología. En cuantos los principales cuidados brindados a los neonatos con gastrosquisis el 20% del personal profesional cuida la termorregulación del neonato, solo un 35% de ellas manifiesta que el tratamiento de estos neonatos es a base de antibióticos mas sedantes, y únicamente el 25% conoce que el inicio de la nutrición enteral es después del cierre de la pared abdominal. Una inadecuada atención a estos neonatos conlleva a complicaciones muy serias, descompensación respiratoria y sepsis, con una estancia hospitalaria aproximadamente de más 25 días y con un pronóstico de egreso en un 80% de neonatos vivos. Este profesional no utiliza ningún modelo de atención de enfermería y ninguna técnica de valoración, conocen muy poco a cerca del proceso de atención de enfermería

manifestando el 55% de no realizarlo por desconocimiento y desinterés. Otro dato importante es que el personal de enfermería actualice sus conocimientos de manera muy poco frecuente sólo el 20 % refiere asistir a otras instituciones hospitalarias. Su actitud ante la implementación de protocolos de atención de enfermería pre y post operatorios a neonatos con gastrosquisis refiere el 40% estar totalmente de acuerdo ya que no existe una guía para la atención que unifiquen criterios para estos neonato crítico. De acuerdo a la consulta bibliográfica puede advertirse que es distinta la frecuencia de cesárea efectuada en los diferentes establecimientos de salud del Perú. Lo que sí está claro es que conforme han pasado los años, la frecuencia de la separación ha ido en aumento. La mayor o menor frecuencia de cesárea en los hospitales podemos atribuirlos al tipo de población que se asiste, a la prevalencia de patología, a los procedimientos propios de cada establecimiento de salud y a la calidad de sus profesionales (7).

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1 Cesárea**

#### **a) Definiciones**

Una cesárea es el nacimiento de un bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen. Un parto por cesárea se lleva a cabo cuando el parto vaginal no es posible o no es seguro para la madre o el niño (3).

La cirugía generalmente se realiza mientras la madre está despierta, pero anestesiada desde el tórax hasta la pierna mediante anestesia epidural o raquídea. Se hace una incisión a través del abdomen por encima del área púbica, se abre el útero, se vacía el líquido amniótico y se saca al bebé. Se limpian los líquidos de la nariz y de la boca del bebé. Se pinza y se corta el cordón umbilical. El bebé se entrega al pediatra o la enfermera, quien se asegura de que este respirando bien. Mientras tanto la madre esta despierta y puede escuchar y ver a su hijo (3).

## **b) Tratamiento:**

Basado en los riesgos de posquirúrgico:

- Fluidoterapia (2500-3000 cm<sup>3</sup> alternando suero fisiológico y glucosado)
- Profilaxis antibiótica
- Pauta analgésica
- Iniciación de dieta oral
- Profilaxis tromboembólica
- Sondaje vesical

## **c) Riesgos**

Las cesáreas se han vuelto procedimientos muy seguros. La tasa de complicaciones serias relacionadas con el parto por cesárea, como la muerte de la madre, es extremadamente baja. Sin embargo, ciertos riesgos son más altos después de una cesárea que después de un parto vaginal. Los riesgos adicionales específicos de la cesárea son (3):

- Infección de la vejiga o el útero.
- Lesión del tracto urinario.
- Lesión del bebé.

### **2.2.2 Cuidados de Enfermería en el Preoperatorio.**

- Preparación psicológica
- Mantener a la gestante en NPO
- Control de Peso y Talla.
- Control de Funciones Vitales.
- Baño general, corte de uñas.

- Colocación de sonda Foley.
- Inserción de catéter venoso, hidratación.
- Administración de Antibiótico terapia profiláctica.
- Ecografía.
- Analítica de sangre (hemograma, bioquímica, coagulación.)
- Determinación de grupo y R.H.
- Determinación de pruebas cruzadas.

## **2.2.2 Cuidados de Enfermería Post Operatorio.**

### **a) Definición**

La mayoría de las madres y los niños se recuperan bien, con pocos problemas. Las mujeres que tienen partos por cesárea, a menudo, pueden tener un parto vaginal normal en los embarazos posteriores, lo que depende del tipo de cesárea efectuado y la razón por la que se realizó. Aproximadamente dos tercios de las mujeres que intentan un parto vaginal después de la cesárea tienen éxito. Sin embargo, hay un leve riesgo de ruptura uterina asociado con dichos intentos que puede poner en peligro a la madre y el bebé. Es importante discutir los beneficios y riesgos de este procedimiento con el médico obstetra (3).

- Analítica de control (hemograma, bioquímica y, anormales y sedimento en orina).
- Test de Coombs. Compatibilidad grupo y R.H.

Basado en los riesgos de posquirúrgico:

- Fluidoterapia (2500-3000 cm<sup>3</sup>  
, alternando suero fisiológico y glucosado)

- Profilaxis antibiótica
- Pauta analgésica
- Iniciación de dieta oral
- Profilaxis tromboembólica
- Sondaje vesical, control de diuresis.
- Control de sangrado vaginal.

### **b) Convalecencia**

El promedio de permanencia en el hospital es de 2 a 4 días, pero la recuperación se demora un poco más de lo que tarda un parto natural. Con el fin de agilizar dicha recuperación, se estimula a la madre para que camine el mismo día de haber tenido la cirugía. Para aliviar el dolor se pueden prescribir medicamentos orales (3).

## **2.2.3 Cesárea en Adolescentes**

### **a) Definición**

Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (9).

Distintos autores afirman que el embarazo en la adolescencia es una condición de muy alto riesgo. Otros señalan que si existe un riesgo obstétrico pero que es superable con un adecuado control prenatal. Actualmente el embarazo en la adolescencia se observa a edades cada vez más tempranas, lo cual resulta altamente desfavorable desde



el punto de vista sanitario, no solo por sus consecuencias sociales, sino porque contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales (9).

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-cultural y económico que comprometen el binomio madre-niño. Como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica (9).

Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta; excepto si está mal alimentada, o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebe o necesite mayor apoyo. Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los parto. Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana). Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y

comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (9).

Distintos autores afirman que el embarazo en la adolescencia es una condición de muy alto riesgo. Otros señalan que si existe un riesgo obstétrico pero que es superable con un adecuado control prenatal. Actualmente el embarazo en la adolescencia se observa a edades cada vez más tempranas, lo cual resulta altamente desfavorable desde el punto de vista sanitario, no solo por sus consecuencias sociales, sino porque contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (9).

La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales (9).

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-cultural y económico que comprometen el binomio madre-niño. Como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica (9).

Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta; excepto si está mal alimentada, o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebe o necesite mayor apoyo. Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos (9).

Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana) (9).

#### **b) Clasificación del Adolescente:**

Según la OMS la adolescencia se divide en tres etapas:

- Temprana (10 a 13 años),
- Media (14 a 16 años)
- Tardía (17 a 19 años).

### **2.2.4 Complicaciones Relacionados con la Cesárea.**

**a) Transoperatorias: estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feo o en ambos.**

Complicaciones Maternas:

- Hipotonías o atónia uterina.
- Hemorragia.
- Lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga,
- Así como tromboembolismo del líquido amniótico,

- Prolongación de la histerorrafia que puede desgarrar o lacerar las arterias uterinas.

**La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que puede ser respiratoria:**

- Hipoventilación
- Depresión respiratoria
- Broncoaspiración
- Broncoconstricción
- Paro respiratorio
- Absorción masiva de anestesia

**Cardiovasculares:** Hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardiaco.

**Complicaciones Fetales:** traumatismos broncoaspiración, depresión respiratoria.

## **b) Postoperatorias**

### **Complicaciones Maternas:**

**Inmediatas:** hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.

**Mediatas:** infecciones: puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.

**Tardías:** ruptura uterina en embarazo subsecuentes y procesos adherencias.

### **Complicaciones Neonatales:**

Taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar.

#### **2.2.5 Manejo del útero post grávido en la Cesárea.**

Inmediatamente terminado el parto se inician los cambios involutivos a nivel del útero, sus dimensiones disminuyen notoriamente situándose el fondo por debajo del ombligo. La actividad contráctil uterina disminuye a nivel del fondo, siendo más intenso en el istmo con lo que la masa uterina disminuye de volumen agrupándose gran cantidad de fibras musculares alrededor del orificio interno, permaneciendo en estado de contractura por seis horas a partir de las cuales se hace más flácido y se eleva ligeramente hasta el ombligo. A los seis días su peso que llegó hasta los 1200 gr al final del embarazo, disminuye ahora a 500 gr que a los diez días alcanzarán solo 400 gr situándose por detrás del pubis. A las seis semanas se ha reducido a su peso normal entre 40 y 50 gr. Las causas de este proceso involutivo se deben a que el tejido muscular del miometrio entra en déficit de oxígeno, debido a la contracción uterina y a la supresión del estímulo hormonal, produciéndose fenómenos degenerativos que terminan con las células neoformadas durante la gestación y con la disminución en tamaño de las células musculares hipertrofiadas. En el endometrio la capa superficial se necrosa y es eliminada en los primeros días (9).

Los cuatro primeros días los loquios son sanguinolentos y fluidos con abundante detritus formados por los elementos antes mencionados (Loquios Rojos). A partir del quinto día se van tornando más oscuros hasta el décimo día aproximadamente en que la hemorragia interna ha disminuido mientras que los leucocitos aumentaban por lo que torna coloración amarillenta (Loquios Amarillentos) (9).

Hacia los quince días de puerperio los loquios se hacen serosos disminuyen en cantidad (Loquios Blancos) (9).

El método estándar del manejo del útero en la cesárea consiste en el masaje uterino, el empleo de agentes útero tónicos (ocitosina, prostaglandinas). En caso de atonía uterina: ligadura de arterias uterinas/ hipogástricas o la histerectomía post parto (9).

#### **2.2.6. Cuidados de Enfermería en post cesárea.**

- a) Mantener la hidratación adecuada de la paciente, administrándose líquidos endovenosos por prescripción médica.
- b) Administración de antibióticos según prescripción médica.
- c) Administración de analgésicos por vía parenteral, del grupo de las pirazolonas (metamisol) el cual es efectivo como analgésico antipirético y tiene efecto relajante sobre la fibra muscular.
- d) Estimular a la puérpera a que respire profundamente para facilitar una buena ventilación pulmonar.
- e) Administración de antieméticos de acuerdo a indicación médica.
- f) Durante la emisión del vómito colocar a la paciente en forma lateral, para evitar la broncoaspiración.
- g) Control de sangrado vaginal, los loquios que se van modificando, de acuerdo a los días del puerperio hasta suprimirse entre la tercera y cuarta semana.
- h) Mantener sonda Foley permeable y controlar diuresis, anotar cantidad y características.
- i) Proteger la herida quirúrgica y vigilar signos de sangrado o emisión de secreciones.
- j) Propiciar la deambulación temprana.
- k) Valorar la distensión abdominal mediante la medición del perímetro uterino y registrarlo en la historia clínica.
- l) Estimular el masaje del fondo del útero.

#### **2.2.4 Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson-2012**

La teorista considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Se basa en siete supuestos básicos :

- El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos.

-La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

-Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud (.

-Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo .

-Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás .

-Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz .

-Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás .

-Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque



científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado .

-Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con la técnica de enseñanza – aprendizaje, diseñada para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal (14).

-Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables .

-Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior .

-Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la

enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud .

Según la teorista, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona .

Se aplicó la teoría de Jean Watson para el desarrollo del presente informe porque me permitió evidenciar que se logra mayor interrelación entre el paciente y la enfermera. Considero relevante porque se orienta al cuidado humanizado del paciente (12).

### **2.3 Definición de Términos**

**a) Adolescente:** La adolescencia es un periodo del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 años, y su finalización a los 19 años (15).

**b) Cuidado de enfermería:** el cuidado de enfermería supone todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención (15).

**c) Familiar acompañante:** Se refiere a toda aquella persona del entorno familiar (o en su defecto representante legal) que el personal de salud identifica y certifica como el cuidador e interlocutor ante la familia respecto a toda información del cuidado y estado del paciente, lo cual involucra contar con un alterno (15).

**d) Cesárea:** La cesárea es una cirugía para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre. En los Estados Unidos, cerca de una de cada cuatro mujeres dan a luz de este modo. La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto (15).

**e) Complicaciones:** En el campo de la medicina, problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos (15).

**f) Infección:** invasión y desarrollo de un microorganismo, generalmente parásito (virus, bacteria, hongo, protozoo o invertebrado), en los tejidos del hospedador aun sin darse manifestaciones clínicas importantes. Para que se desencadene la enfermedad infecciosa el organismo que infecta debe poder penetrar a través de los revestimientos cutáneos y mucosos, multiplicarse, y en algunos casos, elaborar sustancias tóxicas (15).

**g) Loquios:** invasión y desarrollo de un microorganismo, generalmente parásito (virus, bacteria, hongo, protozoo o invertebrado), en los tejidos del hospedador aun sin darse manifestaciones clínicas importantes. Para que se desencadene la enfermedad infecciosa el organismo que infecta

debe poder penetrar a través de los revestimientos cutáneos y mucosos, multiplicarse, y en algunos casos, elaborar sustancias tóxicas (15).

**f) Oligohidramnios:** es un término médico que significa poco líquido amniótico. Afecta a menos del 10% de los embarazos, y aunque es más común que se desarrolle en el primer trimestre, puede aparecer en cualquier momento del embarazo. Entre sus causas están los fármacos IECA, pudiendo ocurrir en mujeres sin ningún factor de riesgo durante su embarazo. Es un trastorno que se diagnostica mediante un ultrasonido — revelando un índice de líquido amniótico menor de 5 — y debe ser tratado por un profesional de la salud especializado (15).

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de libro de ingresos y egresos, historias clínicas (edad y diagnóstico) y la revisión de datos de la unidad de estadística y epidemiología del hospital regional docente materno infantil “El Carmen” durante un periodo de dos meses Setiembre y Octubre 2016. Estos datos son coherentes y están relacionados al tema en estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

**Autorización:** se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de enfermería, a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas.

**Recolección de datos:** Se coordinó con la jefa de gestión hospitalaria para la obtención de datos del sistema estadístico de salud (SES). Luego se revisaron las historias clínicas de las pacientes adolescentes que fueron intervenidas quirúrgicamente por cesárea. Se tomó una muestra de 50 historias clínicas de adolescentes operadas por cesárea en los meses de septiembre y octubre 2016 Se consolidaron los datos de los pacientes adolescentes cesareadas en el libro de ingresos y egresos del servicio de ginecología.

**Procesamiento de datos:** el procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes adolescentes cesareadas hospitalizadas en el servicio de gineco-obtetricia en los meses de setiembre y octubre del 2016. Este consolidado fue extraído de los datos de la unidad de estadística y epidemiología del Hospital Regional Docente

Materno Infantil "El Carmen" durante los meses de setiembre y octubre del 2016.

**Resultados:** los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: entrelazamos los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

### **3.2 Experiencia profesional**

Ingresé a laborar el 1 de Octubre de 1981 en los servicios de hospitalización de medicina mujeres, cirugía mujeres y traumatología mujeres, por un periodo de siete (7) años, ocupando la jefatura de unidad, por ocho (8) periodos como consta en los archivos de roles.

En el año 1988 se reorganizó los servicios de Medicina y Cirugía, ubicando las salas de hospitalización, en áreas continuas, pasando a laborar en este servicio de cirugía general y traumatología hasta diciembre del 2010. En periodo de permanencia en el servicio de cirugía general se atendían diariamente un promedio de 28 a 40 pacientes de las diferentes especialidades como:

Cirugía de abdomen: apendicitis, colecistitis, coledocolitiasis, hernias, traumatismos de abdomen cerrado y abierto, etc.

Cirugía de tórax: traumatismo de tórax cerrado y abierto, hidatidosis pulmonar, etc.

Cirugía plástica: se atendían paciente con quemaduras de diferentes grados y porcentajes, con tratamiento de recuperación y reconstrucción.

Urología: Pacientes operados de prostatectomías con irrigación continúa en el postoperatorio inmediato y mediato. Pacientes operados de cálculos renales hematurias de diferentes causas, etc. Manejo y cuidado de sonda vesical de tres y cuatro vías.

Neurocirugía: se atendían pacientes operados de craneotomía por tumores cerebrales, traumatismos cráneo encefálicos, aneurismas, etc. de grado de dependencia III y IV.

Traumatología: se atendían pacientes con diversas fracturas mediante intervenciones quirúrgicas traumáticas y traumáticas de reconstrucción ósea tanto en damas como en varones observándose que la incidencia de cirugías era de varones en un 40% por ciento más que de las mujeres según datos estadísticos de archivo.

Posteriormente con fecha de enero de 2011 se cambia por completo la nominación del hospital de Hospital General Médico Quirúrgico El Carmen a Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Es cuando la estructura de los servicios cambia por completo por ser hospital especializado creándose el servicio de Ginecología al cual fui designada como Jefa de Unidad por un periodo de dos años y tres meses, laborando hasta la fecha.

En Octubre del 2011 se formó la unidad Oncológica como parte del servicio de Ginecología con una disposición de cuatro camas quirúrgica y monitores multiparámetros para brindar atención a las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, ovario, mama, etc., para lo cual fuimos capacitadas las cinco 05 enfermeras para brindar atención en cuanto a preparación pre y post operatoria y quimioterapia.

Organicé y equipé la unidad para su adecuado funcionamiento, esto fue por un periodo de dos años, luego la unidad pasó al Hospital Oncológico por órdenes superiores.

## **Descripción del área laboral**

En 1847 cuando el país era gobernado por Ramón Castilla y Marquesado, se fundó el Hospital de Huancayo un 5 de julio de ese año, que a un inicio era administrado por la Municipalidad de Huancayo. Luego en 1854 pasa a la beneficencia pública de Huancayo.

En 1908 pasan a administrar el hospital las madres franciscanas bajo la advocación de la Virgen del Carmen.

En las décadas de los 20 y 30 la sanidad militar ocupó ambientes del hospital El Carmen para la atención de sus pacientes, beneficiando estos a los otros pacientes que se atendían.

El 18 de julio de 1943 siendo presidente de la república Dr. Manuel Pedro Ugarteche y ministro del ramo Dr. Constantino Cavallo fue inaugurado como dispensario antituberculoso.

1978 por decreto supremo 002-78-S.A pasó a depender del Ministerio de Salud en toda su totalidad, denominándose Hospital Médico Quirúrgico EL Carmen hasta el año 2010.

En año 2011 pasa a ser hospital especializado denominándose: Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, hasta la fecha.

Actualmente cuenta con 161 camas de hospitalización distribuidos en los siguientes servicios: (ver anexo imagen 01)

- ✓ Emergencia: pediátrica, ginecológica y obstétrica.
- ✓ Ginecología, Aro I, Aro II, Puerperio I, Puerperio II, Puerperio Quirúrgico, Sala de Dilatación, Sala de Atención del Parto.
- ✓ Neonatología: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), Intermedios A, Intermedios B, Alojamiento Conjunto, Atención Inmediata del Recién Nacido.
- ✓ Pediatría: Médico y Quirúrgico.



- ✓ Centro Quirúrgico y Sala de Operaciones
- ✓ Consultorio Externos de Pediatría, Ginecología, Obstétrica, Planificación Familiar, Psicología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, Salud del Niño y Adolescente, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.(ver anexo imagen 02)

### **Funciones desarrolladas en la actualidad**

#### **a) Área Asistencial**

- Registrar en la historia clínica todos los datos de atención inmediata del paciente, toda la información disponible de los problemas identificados en el paciente.
- Realizar y controlar la recepción de las pacientes de consulta externa y emergencia organizando y revisando la historia clínica.
- Brindar el apoyo institucional adecuado al momento del ingreso del paciente para estabilizarla emocionalmente.
- Decidir y ejecutar la colocación de sonda vesical a las pacientes en el pre y post quirúrgico de acuerdo a los protocolos.
- Ejecutar acciones en el cuidado post operatorio de las pacientes adolescentes programadas para cesárea.
- Ejecutar la preparación y administración de los medicamentos prescritos.
- Planificar, controlar y ejecutar la preparación en pacientes ginecológicas para las colposcopias, ecografías, Papanicolau, legrado uterino biopsico, para biopsia de tumores de mama, drenaje de abusos de mama, etc.
- Valorar y observar detenidamente el proceso de recuperación de a herida operatoria e identificar signos de alarma.

#### b) Área Administrativa

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias.
- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de las actividades de enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas de la composición del trabajo de equipo de enfermería.
- Participar o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas por el equipo de trabajo de enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Participar en el pase de visitas en conjunto de médicos y enfermeras.
- Dirigir, controlar y supervisar la entrega y recepción del servicio.

#### c) Área Docencia

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Impartir docencia en el puesto de trabajo al personal, paciente y familiares.

### c) Área Investigativa

En el área de investigación, aún no se desarrollan investigaciones, pero se cuenta con guías, protocolos y manuales que se encuentran en constante revisión y actualización.

### 3.3 Procesos realizados en el tema del informe

**Valoración:** Mayleth C. A. Adolescente de 16 años con historia clínica 117156 domiciliada Jr. Nemesio Raes 185 El Tambo

**Diagnostico Médico:** Cesareada por trabajo de parto disfuncional.

**Antecedentes Patológicos:** Ninguno.

**Datos Subjetivos:** Dolor, intranquilidad, irritabilidad, alza térmica.

**Datos Objetivos:** Adolescente puérpera con hipertermia, sangrado vaginal moderado, herida operatoria infectada, intranquila, ansiosa, y con cefalea.

### VALORACIÓN DE LA PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO

Las necesidades alteradas tras la intervención son:

**Eliminación:** portadora de sonda vesical.

**Movilización:** reposo absoluto en cama las primeras 24 horas.

**Reposo-sueño:** su descanso se verá alterado por las molestias propias de la intervención (dolor, náuseas, inmovilidad) y la preocupación por el hijo.

**Higiene-piel:** la incisión en abdomen con apósito estéril, con dificultad en los primeros días para realizar las actividades de autocuidado de manera independiente

**Seguridad:** la presencia de dolor, catéter venoso periférico...

**Comunicación:** necesidad de asumir un rol nuevo tanto para la madre como para la pareja.

**Aprender:** dudas acerca del cuidado del bebé.

#### **A) NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

##### **DIAGNÓSTICO NANDA**

Deterioro de la eliminación urinaria (00016)

##### **DEFINICIÓN**

Trastorno de la eliminación urinaria

##### **FACTORES RELACIONADOS (r/c):**

• Portadora de sonda vesical

##### **INTERVENCIONES (NIC):** Cuidados del catéter urinario (1876)

Actividades:

- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Extraer el catéter lo antes posible.
- Vigilar que se inicia micción espontánea tras la extracción del catéter

##### **RESULTADOS (NOC):**

Eliminación urinaria (0503)

Patrón de eliminación en el rango esperado

#### **B) NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN**

##### **DIAGNÓSTICO NANDA**

Deterioro de la movilidad física (00085)

## **DEFINICIÓN**

Limitación de la capacidad de movimiento físico independiente para cambiar de posición.

## **FACTORES RELACIONADOS (r/c):**

- Dolor
- Malestar

## **MANIFESTADO POR (m/p):**

- Rango de movimiento limitado.

## **INTERVENCIONES (NIC):**

- Enseñanza actividad/ejercicio prescrito (5612) actividades:
- Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.

## **RESULTADOS (NOC):**

- Nivel de movilidad (0208)
- Mantenimiento de la posición corporal.
- Deambulación: camina

## **C) NECESIDAD REPOSO/SUEÑO**

### **DIAGNÓSTICO NANDA**

Deterioro del patrón del sueño (00095)

### **DEFINICIÓN**

Trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo que interfiere con el estilo de vida deseado.

### **FACTORES RELACIONADOS (r/c):**

- Cambio en el patrón de vigilia/sueño de la madre.
- Preocupación por no poder dormir.
- Cambios sociales.
- Estrés psicológico.

### **MANIFESTADO POR (m/p):**

- Despertarse tres o más veces por la noche.
- Desvelado.
- Irritabilidad.
- Bostezos frecuentes.

### **INTERVENCIONES (NIC):**

- Fomentar el sueño: (1850) Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia:
- Adecuar el ambiente (iluminación, ruido, temperatura, colchón...) para favorecer el sueño.
- Llevar al niño al nido si la madre lo desea para facilitar su descanso.
- Disponer siestecillas durante el día, para cumplir las necesidades de sueño.

### **RESULTADOS (NOC):**

- Sueño (0004)
- Sueño ininterrumpido.

## **D) NECESIDAD HIGIENE/PIEL**

### **DIAGNÓSTICO NANDA:**

Déficit de autocuidado: baño/higiene. (00108)

### **DEFINICIÓN**

Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de aseo e higiene.

### **FACTORES RELACIONADOS (r/c):**

- Existencia de catéter venoso periférico.
- Existencia de herida quirúrgica.

### **MANIFESTADO POR (m/p):**

- Incapacidad para lavar el cuerpo total o parcialmente.

### **INTERVENCIONES (NIC):**

Ayuda en los autocuidados: baño e higiene personal (1801) Actividades:

- Proporcionar ayuda hasta que la paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Facilitar que la paciente se duche ella misma, si procede.

### **RESULTADOS (NOC):**

Cuidados personales: baño (0301)

- Lava el cuerpo

### **DIAGNÓSTICO NANDA:**

Deterioro de la integridad tisular. (00044)

**DEFINICIÓN:** lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

**FACTORES RELACIONADOS (r/c):**

- Incisión quirúrgica.

**MANIFESTADO POR (m/p):**

- Lesión de los tejidos cutáneo y subcutáneo.

**INTERVENCIONES (NIC): Cuidados del sitio de incisión (3440)****Actividades:**

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Limpiar la zona que rodea al incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o ducha.

**RESULTADOS (NOC):**

- Curación de la herida: por primera intención (1102)
  - Aproximación cutánea
  - Resolución del edema perilesional.

**E) NECESIDAD DE SEGURIDAD****DIAGNÓSTICO NANDA:**

Ansiedad (00146)



## **DEFINICIÓN**

Sensación vaga y desasosegante cuya fuente es una causa inespecífica o desconocida para el individuo.

## **FACTORES RELACIONADOS (r/c):**

- Estrés psicológico.
- Cambio en el estado de salud y entorno (crisis situacionales).
- Cambio en los patrones de interacción social.

## **MANIFESTADO POR (m/p):**

- Expresión de preocupación.
- Nerviosismo.
- Temor.
- Verbalización de sentimientos negativos.
- Dificultad para tomar decisiones.

## **INTERVENCIONES (NIC):** Disminución de la ansiedad (5820)

### **Actividades:**

- Animar a la paciente a permanecer con el niño.
- Escuchar con atención.
- Facilitar un clima de confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Dar a los padres la oportunidad de ver, coger y examinar al niño.

## **RESULTADOS (NOC):**

- Control de la ansiedad (1402)

- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad y/o disminución de estrés.
- Presenta una conducta sin manifestaciones de ansiedad.

## **F) NECESIDAD DE COMUNICACIÓN**

### **DIAGNÓSTICO NANDA:**

Deterioro de la vinculación entre los padres y el RN (00058).

### **DEFINICIÓN**

Alteración del proceso interactivo entre los padres y el RN que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y formativa.

### **FACTORES RELACIONADOS (r/c):**

- Rol de maternidad/paternidad deficiente.

### **MANIFESTADO POR (m/p):**

- Carencias afectivas.
- Falta de emotividad.

### **INTERVENCIONES (NIC): Potenciación de roles (5370)**

Actividades:

- Ayudar a la paciente a identificar el rol de madre.
- Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre / madre para cumplir con un rol.
- Dar a la madre la oportunidad de practicar su rol materno bajo asesoramiento.
- Ayudar a los padres a ajustarse a la pérdida del niño de su fantasía y a aceptar al niño que ha dado a luz, si es el caso.

## **Fomento de la paternidad (8300)**

Actividades:

- Animar al padre a que participe en los cuidados del RN.
- Ayudar a los padres en el cambio de papeles y en las expectativas de la paternidad.

### **RESULTADOS (NOC):**

- Lazos afectivos paterno-filiales (1500).
  - Los padres mantienen al lactante seco, limpio y caliente

## **G) NECESIDAD DE APRENDER**

### **DIAGNÓSTICO NANDA:**

Conocimientos deficitarios (Relacionados con la lactancia materna, el RN y cuidados de las mamas) (00126)

### **DEFINICIÓN**

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

### **FACTORES RELACIONADOS (r/c):**

- Falta de preparación previa para el desempeño del rol de madre.
- Interpretación errónea de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.

### **MANIFESTADO POR (m/p):**

- Muestras de desconocimiento.
- Seguimiento erróneo de instrucciones.
- Solicitud de información.

## **INTERVENCIONES (NIC):**

- Cuidados posparto (6930)
  - Instruir a la paciente sobre características, cantidad y olor de los loquios.
  - Instruir a la paciente sobre los cuidados de la incisión de cesárea.
  - Poner al bebé al pecho para estimular la producción de oxitocina.
  - Informar a la madre acerca de los síntomas de depresión posparto
  - Complementar la enseñanza al alta con folletos y hojas informativas.
- Ayuda en la lactancia materna (1054)
  - Instruir sobre los beneficios de la lactancia materna.
  - Favorecer la lactancia materna ayudando en la toma de decisiones a las pacientes con dudas.
  - Enseñar y ayudar a la madre en la adopción de la posición correcta para dar el pecho.
- Cuidados del RN (6880)
  - Instruir a la madre sobre la cura del ombligo.
  - Instruir a la madre sobre el cambio de pañales y baño del RN.
  - Instruir a la madre sobre la preparación de biberón (en caso de no LM)
  - Proporcionar material escrito para reforzar la enseñanza en casa.

## **RESULTADOS (NOC):**

- Conocimiento: puerperio.(1818)
- Conocimiento: lactancia materna (1800)

Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebé

- Conocimientos: asistencia de RN (1819)

Descripción de cómo bañar al lactante

Descripción de los cuidados del cordón umbilical

Debo mencionar que la “Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson 2012” me ha permitido experimentar positivamente sobre la importancia que tiene el desarrollo de una relación de ayuda confianza entre la enfermera y paciente. De esta manera el cuidado de enfermería y las necesidades de los pacientes serán solucionados eficazmente basados en un sistema humanístico, espiritual y transpersonal.

## **Innovaciones - Aportes**

- Se logró involucrar la participación del personal en el servicio (trato humanizado con la paciente adolescente cesareada).
- Se incorporó el registro formalizado de enfermería basado en los 13 dominios del NANDA.
- Se brindó educación y orientación a los padres de las adolescentes cesareadas y su participación en la recuperación total.

## **Limitaciones para el desempeño profesional**

- Aumento de la carga de trabajo por el tiempo comprometido en reposicionar y reevaluar al paciente.

-Abandono de algunos familiares directos o responsables de las pacientes; lo cual dificulta educarlos y orientarlos en la prevención de complicaciones.

-Bajo grado de instrucción de algunos familiares de las pacientes no permite que se logre la participación activa en los cuidados de la herida operatoria en casa.

-La infraestructura con que se cuenta no es la más adecuada para la cantidad de pacientes que se atienden. No están diseñadas bajo las normas sanitarias.

-Finalmente las limitaciones para realizar el presente informe fue el tiempo y el dominio del manejo de la tecnología.

## IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

**MUESTREO DE 50 PACIENTES ADOLESCENTES CESAREADAS EN LOS MESES DE SETIEMBRE-OCTUBRE 2016 EN EL HRDMIEC**

H CLÍNICA	EDAD	PROCEDENCI A	CAUSAS DE CESÁREA
339303	16	Tambo	Doble circular de cordón.
339302	18	Huancayo	Doble circular de cordón
343774	18	Chilca	Doble circular de cordón y litiasis biliar crónica
344522	19	Yauyos	Pre eclampsia severa y oligohidriamnios.
343702	17	Tambo	Incompatibilidad céfalo pélvica
342773	16	Chilca	Incompatibilidad céfalo pélvica
344112	18	Sicaya	Incompatibilidad céfalo pélvica
343782	18	Huancayo	Incompatibilidad céfalo pélvica
321981	19	Chilca	Pre eclampsia severa
332020	19	Sapallanga	Pre eclampsia severa y pelvis estrecha.
343985	18	Tayacaja	Incompatibilidad céfalo pélvica
117156	16	Tambo	Pre eclampsia severa
248685	18	Huancayo	Rotura prematura de membrana.
343411	15	Huancayo	Incompatibilidad céfalo pélvica, talla baja.
344039	18	Concepción	Falta de descenso de la presentación.
345689	18	Chupaca	Óbito fetal.
319546	18	Pilcomayo	Pre eclampsia severa
343612	18	Chilca	Doble circular de cordón.
342751	18	Tambo	Retención placentarea.
323850	16	Tambo	Embarazo gemelar.
304170	18	Uñas	Oligohidramnios Sufrimiento fetal agudo.
297704	19	Yauyos	Pre eclampsia severa y oligohidriamnios.
319546	18	Chupaca	Ruptura prematura de membranas.
319444	18	Pucará	Óbito Fetal.
320641	18	Jauja	Taquicardia fetal.
247622	17	Huancayo	Inducción fallida.
342864	18	Pilcomayo	Pretermino y sufrimiento fetal agudo.
343162	18	Huancayo	Sufrimiento fetal agudo y bradicardia fetal.

343160	19	Chilca	Boble circular de cordón.
287523	19	Tambo	Oligohidramnios.
287523	17	Chilca	Sufrimiento fetal agudo.
242922	17	San Pedro de 5 años	Trabajo de parto disfuncional y alto riesgo obstétrico.
342428	19	Pasco	Pre eclampsia severa.
342552	19	Orcotuna	Presentación podálica.
340397	19	Sapallanga	Trabajo de parto disfuncional.
342552	19	Huayucachi	Expulsivo prolongado y sufrimiento fetal agudo.
336791	19	Santa Rosa	Cesárea anterior.
342385	17	Huancayo	Incompatibilidad céfalo pélvica
329254	18	Sicaya	Sufrimiento fetal agudo.
342486	18	Pilcomayo	Inducción fallida.
340743	15	Chilca	Condilomatosis.
337364	18	Concepción	Doble circular de cordón y feto en oblicuo.
305082	19	Chilca	Hidrocefalia.
343564	15	Oroya	Presentación podálica.
328355	15	Tambo	Quistectomía previa (6m) y doble circular de cordón cuello/cuerpo
341547	16	Tambo	Talla baja.
309410	19	Chilca	Sufrimiento fetal.
342076	19	Ocopilla	Cesárea anterior y sufrimiento fetal.
342024	16	Concepción	Trabajo de parto disfuncional.
340634	18	San Pedro de Saño	Taquicardia fetal.

Fuente: Libro de registros de ingresos y egresos del servicios de ginecología. HRMIEC



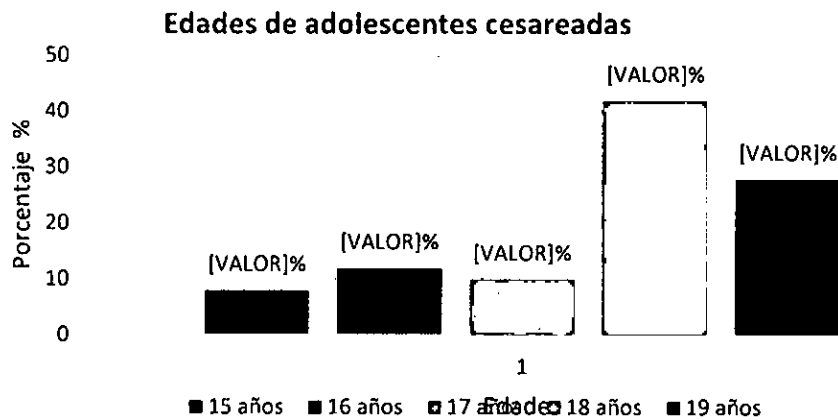
CUADRO 4.2

**RESUMEN DE EDADES DE PACIENTES ADOLESCENTES CESAREADAS**

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 años	4	8 %
16 años	6	12 %
17 años	5	10 %
18 años	21	42 %
19 años	14	28 %

Fuente Propia.

GRAFICO 4.1



Se observa que la incidencia de cesáreas según edad es mayor en adolescentes de 18 años con 21% de la muestra, en segundo lugar adolescentes de 19 años con 28% de la muestra.  
Fuente propia.

CUADRO 4.3

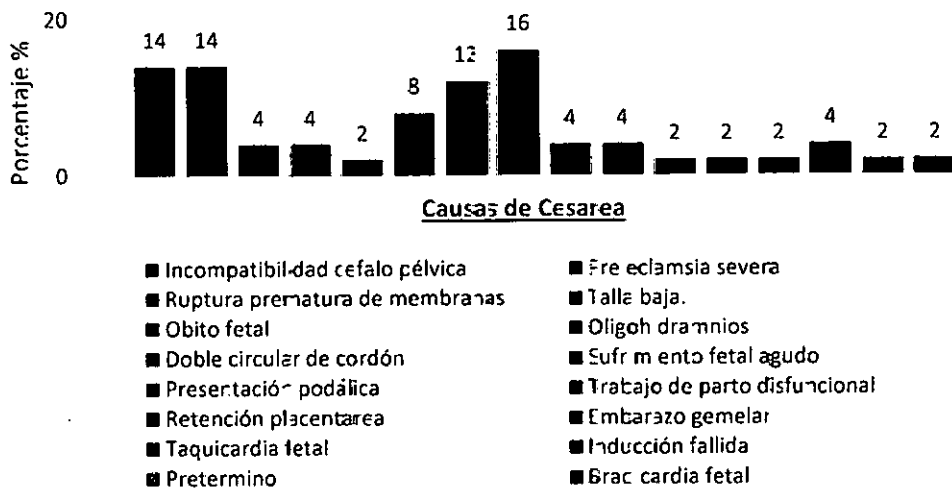
TABLA DE PORCENTAJES CAUSALES DE CESÁREA.

CAUSA DE CESÁREA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Incompatibilidad céfalo pélvica	7	14%
Pre eclampsia severa	7	14%
Ruptura prematura de membranas	2	4%
Talla baja.	2	4%
Óbito fetal	1	2%
Oligohidramnios	4	8%
Doble circular de cordón	6	12%
Sufrimiento fetal agudo	8	16%
Presentación podálica	2	4%
Trabajo de parto disfuncional	2	4%
Retención placentarea	1	2%
Embarazo gemelar	1	2%
Taquicardia fetal	1	2%
Inducción fallida	2	4%
Pretermino	1	2%
Bradicardia fetal	1	2%

Fuente propia.

GRAFICO 4.2

Causa de Cesarea



Se verifica que la mayor causal de cesárea en adolescentes es por sufrimiento fetal con 16% de la muestra, seguido por la Incompatibilidad céfalo pélvica y pre eclampsia severa con un 14% cada uno.

Fuente propia.

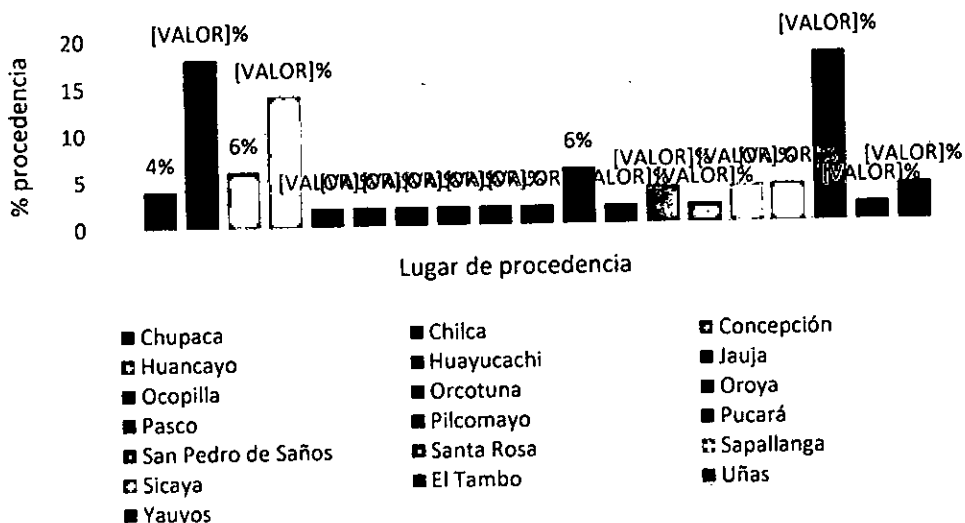
CUADRO 4.4

PROCEDENCIA DE PACIENTES

PROCEDENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
CHILCA	9	18
CHUPACA	2	4
CONCEPCIÓN	3	6
HUANCAYO	7	14
HUAYUCACHI	1	2
JAUJA	1	2
OCOPILLA	1	2
ORCOTUNA	1	2
OROYA	1	2
PASCO	1	2
PILCOMAYO	3	6
PUCARÁ	1	2
SAN PEDRO DE SAÑOS	2	4
SANTA ROSA	1	2
SAPALLANGA	2	4
SICAYA	2	4
TAMBO	8	16
TAYACAJA	1	2
UÑAS	1	2
YAUYOS	2	4

Grafico 4.3

Procedencia del paciente



Se observa que el mayor lugar de procedencia de pacientes adolescentes cesareadas es distrito de El Tambo y el distrito de Chilca con 18% de la muestra cada una. El segundo lugar de procedencia lo ocupa el distrito de Huancayo con un 14% de la muestra total. Fuente propia.

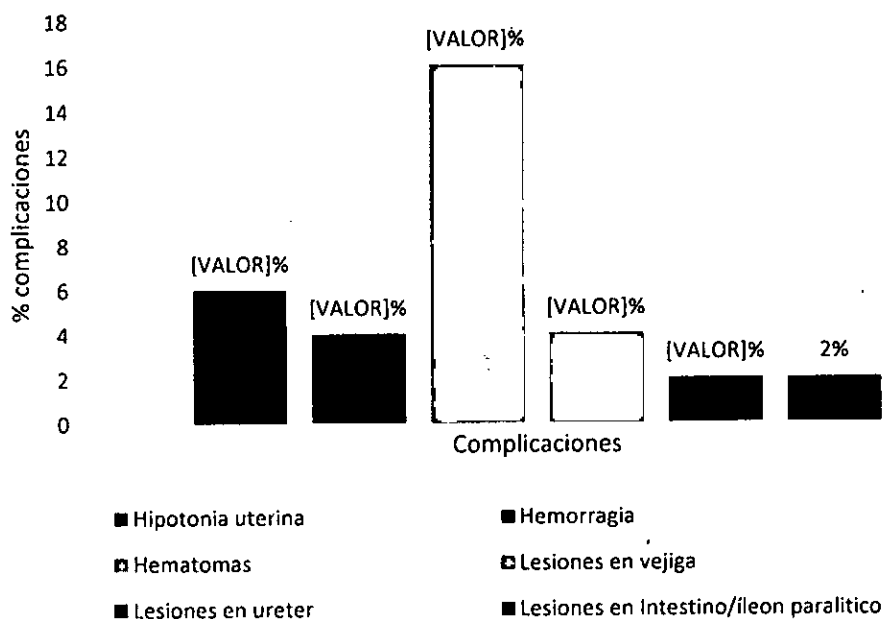
CUADRO 4.4

**COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES CESAREADAS**

COMPLICACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hipotonía Uterina	3	6%
Hemorragia	2	4%
Hematomas	8	16%
Lesiones de vejiga	2	4%
Lesiones de Uréter	1	2%
Lesiones en Intestino /Íleon paralítico	1	2%

Fuente propia

Complicaciones Post Cesarea



Se Observa que en el presente gráfico podremos demostrar que la mayor complicación en pacientes adolescentes cesareadas es el Hematoma con un 16% del total de la muestra.

Fuente propia

## V. CONCLUSIONES

- a) El servicio a la humanidad, es la principal función de las enfermeras y la razón de la existencia de la enfermería como profesión.
- b) Brindar los cuidados oportunos y adecuados a la adolescente puérpera inmediata, y que su recuperación sea pronta y favorable.
- c) Brindar cuidados de enfermería a la adolescente post quirúrgica mediata abordando a la persona como un ser holístico en el proceso de su recuperación y mantenimiento de su salud, favoreciendo así a su nueva etapa de vida como el de ser madres.
- d) Ejecutar los procedimientos de enfermería, el plan terapéutico establecido por el médico, aplicando guías, protocolos y procedimientos vigentes.
- e) Capacitar a la madre adolescente sobre los cuidados al recién nacido y la importancia de la lactancia materna.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Evaluar permanentemente el cumplimiento de los protocolos de atención al paciente, las cuales deben estar basados en las experiencias de las enfermeras.
- b) Establecer planes de cuidados individualizados primando el aspecto preventivo en la atención al paciente adolescente post cesareada.
- c) Proponer la estandarización de los procesos de atención a la paciente adolescente post cesareada , priorizando el cuidado humanizado
- d) Explicar a puérperas y familiares, previo al egreso los aspectos relacionados con la cura de la herida, haciendo énfasis en la importancia del cumplimiento de la misma.
- e) Elaborar folletos, tríptico, que informen a través de gráficos la importancia de la cura de la herida y como se debe realizar.
- f) Fomentar en la puérpera la importancia del tratamiento farmacológico, en cuanto al cumplimiento del mismo, para garantizar su recuperación y pronto egreso.

## VIII. REFERENCIALES

1. J. Issler "Embarazo en la adolescencia". Revista de Postgrado cátedra -Nº6 de Medicina. pp18.
2. Monterroso A., Bello A. "Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años." Rev. Col Obst. Ginecol. Nº 01- 1996. pp. 25.
3. López LV, Sánchez J. "Parto en la adolescente". Rev. Col Obstetra Ginecol. 1993. pp 10.
4. SES Sistema Estadístico de Salud oficina "Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen"
5. Calderón León María Fernanda Infección puerperal poscesárea vs posparto. Estudio realizado en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", período junio a octubre de 2010.
6. "Rodríguez Rivero Plácido Daniel". San Felipe, estado Yaracuy. Incidencia de absceso de pared en pacientes pos cesárea, Hospital Central Enero – Marzo 2002
7. Romero Martínez Rosa Beatriz, Mata Guijarro Mónica Mirella,. Ecuador. Cuidados de Enfermería Pre y Post Quirúrgico a Neonatos con Gastrosquisis, en la unidad de cuidados intensivos Neonatales
8. Hospital Pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" de Guayaquil, Julio del 2009 A Junio del 2010. Universidad Estatal de Milagro Unidad Académica Ciencia de la Salud Carrera de Enfermería Julio del 2010

9. Arcos Griffiths E, Alberdi Lag M, Molina Díaz C, Uarac Uarac M.  
"Madres adolescentes solteras, relaciones familiares y desarrollo psicomotor del hijo". Rev. Chil Cienc Med Biol 1996 pp 87.
10. C. Long Bárbara, J. Phipps Wilma, L. Cossmeyer Virginia "Enfermería Médico quirúrgica, un enfoque del proceso de enfermería". Tomo I. Tercera edición, Medical Surgical Nursing – 1998 Edición en español. Pp 455.
11. Bunge, Mario. "El Conocimiento Científico". Editorial Universo.
12. 1975. 2da Edición pp. 200- 205.
13. Libro de Registro de hospitalización del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen
14. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson-2012
15. Diccionario de Medicina, Doctissimo  
<http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/definiciones-por-temas/diccionario-de-medicina>



# **ANEXOS**

Determinación del Problema	Objetivo	Marco Teórico	Experiencia Profesional	Resultados	Conclusiones	Recomendaciones
En la actualidad hay un aumento de los partos en adolescentes por cesárea, y sus complicaciones post parto que están creciendo en un corto periodo. Por lo cual se debe poner en claro y en conocimiento por medio de este informe, los cuidados que una enfermera debe tener al cumplir su labor con una paciente adolescente cesareada en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen,	"Describir los cuidados de enfermería en pacientes adolescentes post operadas por cesárea en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" 2016".	<b>Antecedentes:</b> Calderón León María Fernanda Infección puerperal poscesárea vs posparto. Estudio realizado en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", período junio a octubre de 2010. <b>Marco Conceptual</b> Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson-2012 Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado	<b>Recolección de Datos</b> Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de libro de ingresos y egresos, historias clínicas (edad y diagnóstico) y la revisión de datos de la unidad de estadística y epidemiología del hospital regional docente materno infantil "El Carmen" durante un periodo de dos meses Setiembre y Octubre 2016. Estos datos son coherentes y	<b>El Cuadro 4.1</b> Nos muestra el muestreo de 50 pacientes adolescentes cesareadas en los meses de setiembre y octubre del 2016 con causas de la cesárea, historia clínica, edad y procedencia. <b>EL Gráfico 4.1</b> Podemos observar las causas más comunes de cesárea en la muestra en adolescentes siendo la mayor causa el	a) La experiencia profesional y la preparación adecuada permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro a la paciente adolescente cesareada. b) La cesárea es una intervención obstétrica que con los años se ha visto en aumento su práctica dentro de los centros de	a) Evaluar permanentemente el cumplimiento de los protocolos de atención al paciente, las cuales deben estar basados en las experiencias de las enfermeras. b) Establecer planes de cuidados individualizados primando el aspecto preventivo en la atención al paciente adolescente post cesareada. c) Proponer la estandarización de los procesos de atención a la paciente adolescente post cesareada priorizando el cuidado

<p>ya que estas pacientes son con las mayores complicaciones por su corta edad.</p>	<p>de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.</p> <p><b>Definición de Términos</b></p> <p><b>Adolescente:</b> La adolescencia es un periodo del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad generalmente se enmarca su inicio entre los 10 años, y su finalización a los 19</p>	<p>están relacionados al tema en estudio. el procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes adolescentes cesareadas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en los meses de setiembre y octubre del 2016. Este consolidado fue extraído de los datos de la unidad de estadística y epidemiología del Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" durante los meses de setiembre y octubre del 2016.</p> <p><b>Procesos Realizados</b></p>	<p>sufrimiento fetal.</p> <p><b>El Cuadro 4.4</b></p> <p>Se muestra las complicaciones mas frecuentes en adolescentes cesareadas siendo la de mayor frecuencia la Hemorragia.</p> <p><b>El Grafico 4.2</b></p> <p>Podemos observar las edades mas frecuentes en adolescentes cesareadas dentro del muestreo siendo la mayor incidencia en pacientes de 18 y 19 años.</p>	<p>salud públicos y privados. Razón por la cual es de suma importancia que los cuidados brindados por el personal de enfermería sean integrales, eficaces, oportunos y orientados principalmente a educar a la puérpera, a la familia y a la comunidad, sobre la importancia de unos correctos hábitos de higiene, así como también educarla sobre la detención temprana de los síntomas de infección y del cumplimiento del régimen terapéutico luego que se ha</p>	<p>humanizado</p> <p><b>d)</b> Explicar a puérperas y familiares, previo al egreso los aspectos relacionados con la cura de la herida, haciendo énfasis en la importancia del cumplimiento de la misma.</p> <p><b>e)</b> Elaborar folletos, tríptico, que informen a través de gráficos la importancia de la cura de la herida y como se debe realizar.</p> <p><b>f)</b> Fomentar en la puérpera la importancia del tratamiento farmacológico, en cuanto al cumplimiento del mismo, para garantizar su recuperación y pronto</p>
---	---	---	--	--	--

		<p>años</p> <p><b>Cesárea:</b> La cesárea es una cirugía para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre</p> <p><b>Infección:</b> invasión y desarrollo de un microorganismo, generalmente parásito (virus, bacteria, hongo, protozoo o invertebrado), en los tejidos del hospedador aun sin darse manifestaciones clínicas importantes.</p>	<p>Para realizar el desarrollo del presente informe, describo una situación relevante de una paciente adolescente de 16 años post cesareada por trabajo de parto disfuncional y hipertermia, sangrado vaginal moderado, herida operatoria infectada, intranquila, ansiosa, y con cefalea.</p>		<p>llevado a cabo su egreso del centro hospitalario.</p> <p>c)Debo mencionar que en le presente trabajo no se considera la preparación pre quirúrgica, porque estas pacientes ingresan al servicio Aro I, en el cual son preparadas por personal obstétrico, posteriormente ingresan a ginecología en el post operatorio inmediato.</p>	egreso.
--	--	--	---	--	---	---------

# **ANEXOS**

**IMAGEN 01**

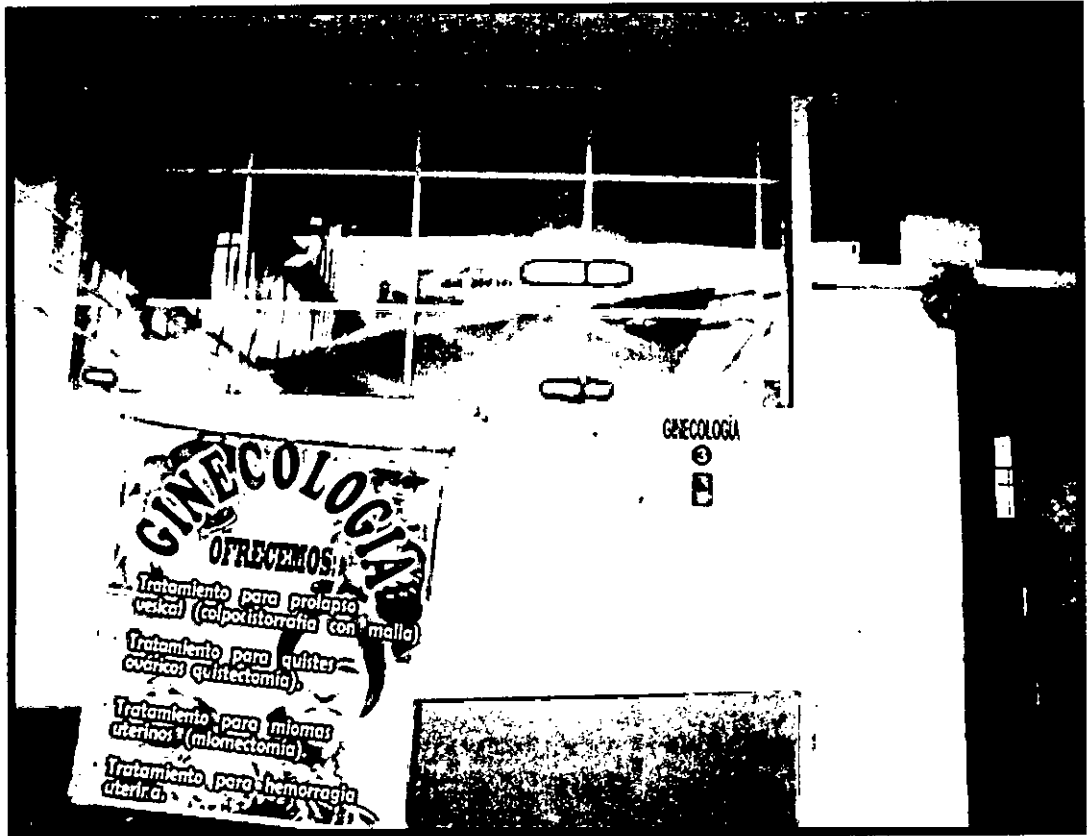
**“HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN”**



Fuente: Archivo propio

IMAGEN 02

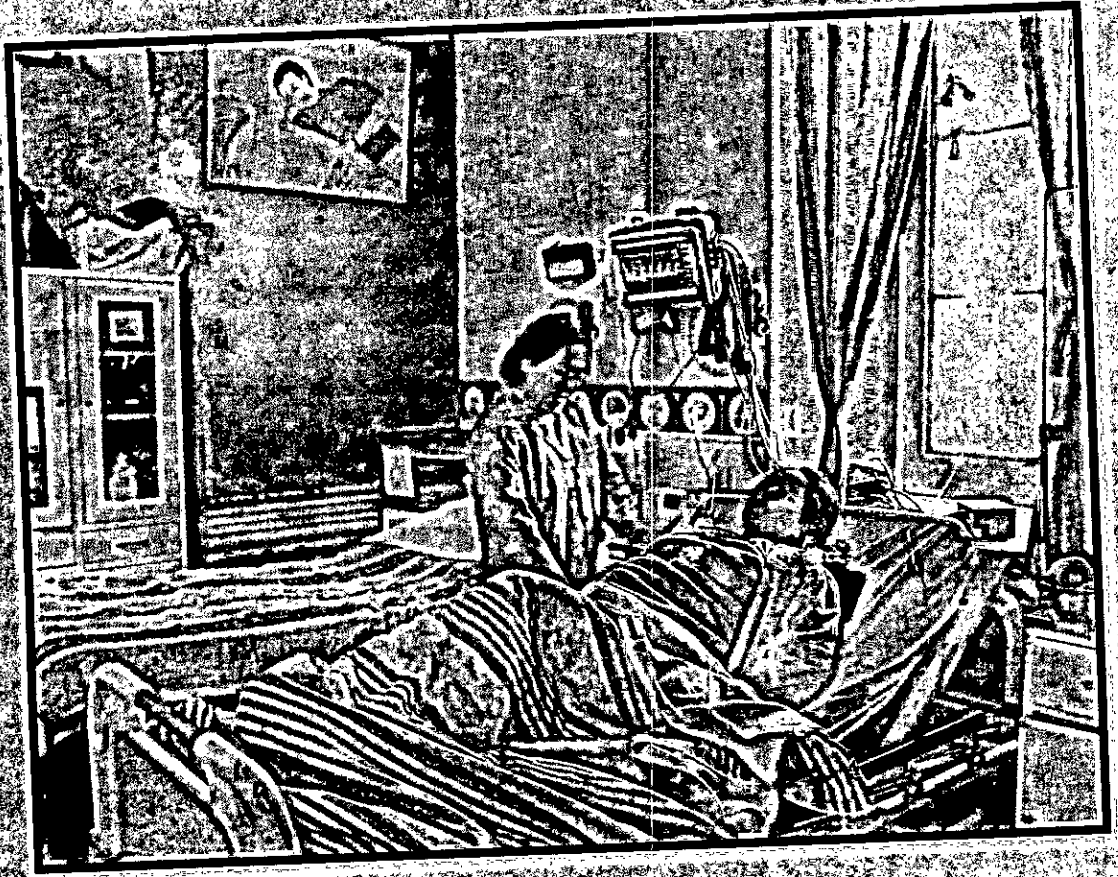
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
MATERNO INFANTIL EL CARMEN



Fuente: Archivo propio

**IMAGEN 03**

**DESARROLLO DE UNA RELACIÓN DE AYUDA – CONFIANZA ENTRE  
ENFERMERA Y EL PACIENTE**



Fuente: Archivo propio



**IMAGEN 04**  
**ADOLESCENTE EN PRE OPERATORIO, APOYO EMOCIONAL E**  
**INFORMACIÓN**



Fuente: Archivo propio

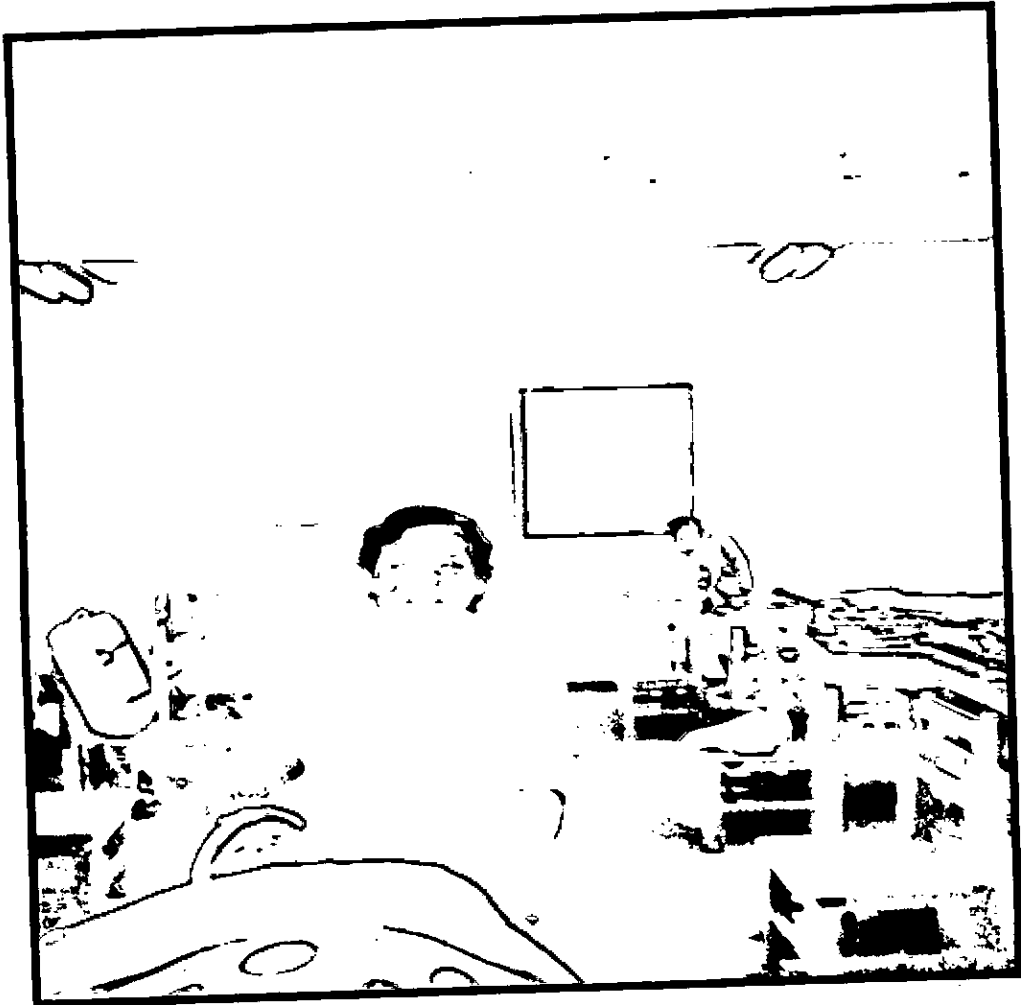
**IMAGEN 05**

**ADOLESCENTE POST OPERADA DE CESÁREA CON HERIDA  
OPERATORIA INFECTADA**



Fuente: Archivo propio

**IMAGEN 06**  
**TRASLADANDO A GESTANTE ADOLESCENTE A SALA DE OPERACIONES**



Fuente: Archivo propio

**IMAGEN 07**

**ADOLESCENTE POST OPERADA DE CESÁREA CON HERIDA  
OPERATORIA INFECTADA**



Fuente: Archivo propio

**IMAGEN 08**

**ADOLESCENTE POST OPERADA LACTANDO AL RECIÉN NACIDO**



Fuente: Archivo propio

**IMAGEN 09**  
**MONITORIZANDO A PACIENTE ADOLESCENTE POST OPERADA**  
**INMEDIATA DE CESÁREA**



Fuente: Archivo propio

**IMAGEN 10**  
**SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA CON ADOLESCENTES**  
**PUÉRPERAS**



Fuente: Archivo propio